Aus der Frauenklinik der Universität Tübingen
Geschäftsführender Direktor: Professor Dr. H. A. Hirsch

PSYCHISCHES UND SOMATISCHES BESCHWERDEBILD BEI FRAUEN VOR UND NACH HYSTEREKTOMIE

INAUGURAL – DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Klinische Medizin)
der Eberhard–Karls–Universität
Tübingen

vorgelegt von

LUITGARD UNGER geborene SCHREITER

aus Tübingen

1981

Aus der Frauenklinik der Universität Tübingen
Geschäftsführender Direktor: Professor Dr. H. A. Hirsch

PSYCHISCHES UND SOMATISCHES BESCHWERDEBILD BEI FRAUEN VOR UND NACH HYSTEREKTOMIE

INAUGURAL – DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Klinische Medizin)
der Eberhard–Karls–Universität
Tübingen

vorgelegt von

LUITGARD UNGER geborene SCHREITER

aus Tübingen

1981

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

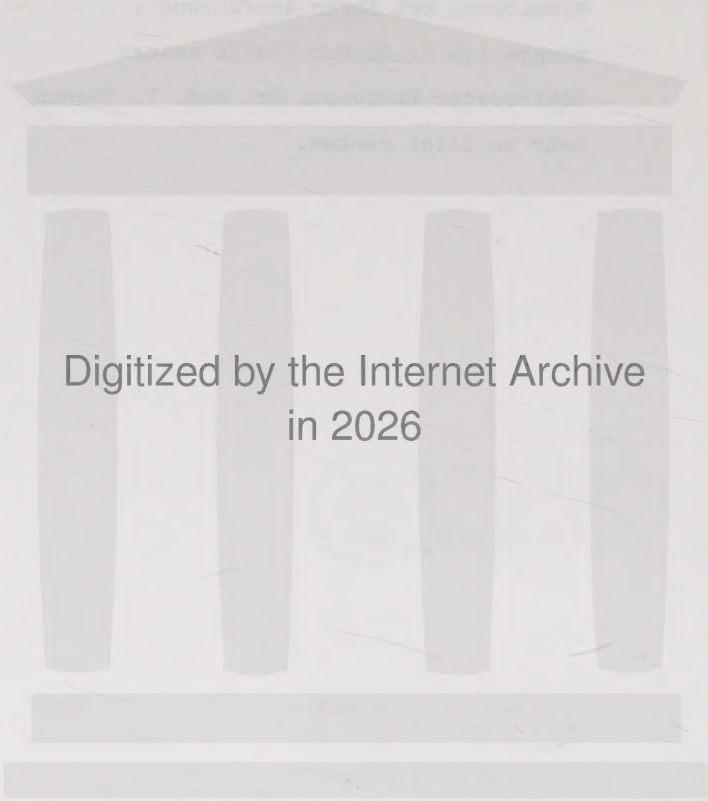
Dekan: Professor Dr. K. Voigt

Berichterstatter:: Professor Dr. V. M. Roemer
(Professor Dr. H. A. Hirsch)

---

gedruckt bei H.- J. Köhler , Reprografischer Betrieb , Tübingen

Für die Stellung des Themas dieser
Arbeit, sowie für die freundliche
und großzügige Unterstützung und
Mitwirkung bei ihrer Ausführung ,
möchte ich an dieser Stelle meinem
Doktorvater Professor Dr. med. V. Roemer
sehr herzlich danken.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548919_0054

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung

1.1 Zum Begriff der Hysterektomie

1.2 Bedeutung der Erwartungshaltung

1.3 Bisherige Untersuchungen (USA)

1.4 Untersuchungen aus dem deutschsprachigem Bereich

2 Fragestellung

2.1 Konstruktion des Fragebogens

2.2 Inhalt

2.3 Fragebögen

3 Patientengut

3.1 Population

3.2 Bereits vorhandene Daten

3.2.1 Diagnosen

3.2.2 Operationsmethoden

3.2.3 Komplikationen postoperativ

3.2.4 Risikofaktoren

3.2.5 Therapie postoperativ

4 Daten aus den Fragebögen (Gesamtkollektiv)

4.1 Sozialdaten

4.2 Fragen die Operation betreffend

4.3 Somatische und psychische Fragen
Vergleich prae- und postoperativ

4.4 Rein praeoperative Fragen

4.5 Rein postoperative Fragen

4.6 Interpretation

5. Auftrennung in vaginale und abdominale Hysterektomie

   5.1 somatische und psychische Fragen
   Vergleich prae- und postoperativ
   5.2 Interpretation

6. Auftrennung in Hysterektomien "mit Adnexektomie" und "ohne Adnexektomie"

   6.1 somatische und psychische Fragen
   Vergleich prae- und postoperativ
   6.2 Interpretation

7. Auftrennung nach "Depressionen", prae- und postoperativ

   7.1 Fragen die Operation betreffend
   7.2 Somatische und psychische Fragen
   Vergleich prae- und postoperativ
   7.3 Interpretation

8. Diskussion

9. Zusammenfassung

10. Literatur

1.1 Hysterektomie

Hystera bedeutet griechisch Gebärmutter. Dem Begriff nahe verwandt ist die Hysterie, die vom Altertum bis ins 17. Jahrhundert nur dem weiblichen Geschlecht zugeschrieben wurde. Plato äußerte die phantas - tische Annahme, daß die Gebärmutter ein auf ein Kind begieriges "Tier" sei, das bei zu lange dauernder Sterilität den ganzen Körper "wildge - worden" durchlaufe und dabei die Krankheit erzeuge. Später glaubte man, daß die Hysterie von "Dünsten" komme, die von der Gebärmutter zum Gehirn auf - steigen. Für Freud bedeutete die Gebärmutter einerseits Sexualität, andererseits auch die Mutter. Ähnlich unterteilt in neuerer Zeit Lidz (1974) die Bedeutung der Gebärmutter für eine Frau in

a) Reproduktive Funktion: Schwangerschaft und Geburt sind wichtige Bestandteile des Lebens, Verlust des Uterus bedeutet hier: Alt und nutzlos sein.
b) Menstruationsfunktion: Menstruation als Indikator für Gesundheit, ein monatliches "Aus - schwemmen" aller nutzlosen, überflüssigen Dinge.
c) Sexual Funktion: Gekoppelt an den Sexualakt, die Vorstellung der Fortpflanzungsmöglichkeit.
d) Kräftigende Funktion: Die Gebärmutter als Organ der weiblichen Potenz, als Symbol für Macht und Kreativität.

Aus der jeweiligen Sicht der Frau, muß die Ent - fernung eines Organs, das mit solchen Funktionen besetzt ist, notgedrungen zu Konflikten führen, die jeweils individuell verarbeitet werden müssen.

1.2 Auf die Bedeutung der Erwartungshaltung der Frauen vor gynäkologischen Operationen weist besonders Eicher (1976) hin.Viele Frauen fürchten demnach durch den Verlust der Gebärmutter alt oder dick zu werden. Gelegentlich glauben nicht nur Frauen,sondern auch Männer, daß nach einer Hysterektomie Kohabitationen nicht mehr möglich seien, oder daß die Frau nun gefühlskalt sei. Postoperative Beschwerden werden dann hauptsächlich als Folge unzureichender präoperativer Aufklärung gewertet und als Resultat ein fortbestehendes pseudomenstruelles Syndrom sowie sexuelle Dysfunktionen beschrieben.
Melody (1962) versteht den Uterus, die weibliche Brust, Mund und Hautoberfläche des Körpers als soziale Kontaktorgane. So bedeutet die Gebärmutter ein wichtiges Organ im Körperbild des Ichs, mit beträchtlichem Wert im Bewußtsein der Frau bezüglich ihrer Identität und Weiblichkeit.

1.3 Untersuchungen

In den letzten Jahren hat in der Bundesrepublik, ähnlich wie in den USA, die Zahl der Hysterektomien wesentlich zugenommen, obwohl keine Statistiken mit absoluten Operationszahlen existieren (so wie in den USA). Aus den USA kamen denn auch die meisten Untersuchungen zu diesem Gebiet.: Barker (1968) verglich in einer Studie hysterektomierte Frauen in einem Zeitraum von 5 Jahren mit Frauen, die eine Cholezystektomie hinter sich haben. Die hysterektomierten Frauen wurden demnach 2 1/2 mal so häufig dem Psychiater überstellt, wie die Gallenoperierten und fast 3 mal so häufig wie die Normalbevölkerung.

Der Häufigkeitsgipfel der an Depressionen Erkrankten war im 2. Jahr nach der Operation. Geschiedene oder Frauen mit vorhergegangener psychiatrischer Behandlung hatten ein weit höheres Risiko als andere. Richards (1973) untersuchte 151 Patientinnen über 3 Jahre hinweg. Er fand 33 % der hysterektomierten Patientinnen depressiv im Vergleich zu 7 % der Kontrollgruppe. Auch die durchschnittliche Dauer der depressiven Phase war länger: 24,6 Monate zu 1o,9 Monaten.
Das Risiko stieg mit zunehmendem Alter bei der Operation.
Weitere geschilderte Beschwerden im Vergleich:

	nach Hysterektomie	nach Cholezystektomie (Kontrollgruppe)
Kopfschmerzen	54 %	24 %
Schwindel	5o %	14 %
Schlafstörungen	46 %	5 %

(Richards 1974)

Befragungen über Libido und Schmerzen beim Verkehr ließen keinen einheitlichen Schluß zu. Positive Resultate fand man hier bei Patientinnen, die wegen kontrazeptiver Probleme hysterektomiert wurden.
K.Dalton (1957) beschreibt einen relativ hohen Anteil sexueller Abstinenz (2o %) nach der Operation. Östrogensubstitution postoperativ scheint keine Verbesserung der Libido zu bewirken, da sie eher im Zusammenhang mit den Androgenen gesehen wird, die auch im Ovar produziert werden (Money 1961) Jedoch scheinen viele Faktoren durch hormonelle Mangelsituation bedingt zu sein.
So haben 75 % der hysterektomierten Frauen starke Hitzewallungen nach Entfernung beider Ovarien,

aber nur 2,8% der Frauen mit verbliebenen Ovarien. Reaktionen von seiten des Ehemannes, wie Trinken, Impotenz oder Kommentare werden in etwa 1o % aller Fälle berichtet. Die Betroffenheit der operierten Frauen angesichts der Unfruchtbarkeit hing vom Alter ab. Stark betroffen waren die 22 - 29-Jährigen; hier wird wohl häufig Gebärfähigkeit mit Funktionsfähigkeit als Frau gleichgesetzt.
Die Zufriedenheit mit der Operation sinkt von 83 % = zufrieden im 1. Jahr postoperativ auf 41 % zwischen dem 1. und 5. Jahr postoperativ. Möglich, daß die Patientin zunächst froh ist, die große Operation lebend überstanden zu haben und ein befriedigendes Ergebnis der Nachuntersuchung zu haben, während später die Rückkehr zu Stress und sexueller Belastung, die Rate der Zufriedenen sinken läßt. (Richards 1974)

Wengraft(1946) untersuchte eine Gruppe Frauen mit bekannter neurotischer Vorgeschichte, die zur Hysterektomie kamen, mit folgendem Ergebnis:

1. Die neurotische Patientin, ungeachtet ihrer Intelligenz, ihrer Erziehung, enthielt dem Chirugen und dem Personal ihre Neurose vor.
2. Chirug und Psychiater wurden von ihr unterschiedlich beurteilt; sie versuchte den chirugischen Eingriff zu verdammen.
3. Das auf die Operation folgende neurotische Verhalten wurde wesentlich von der Operationsindikation beeinflußt. Dringlichkeit und Notwendigkeit spielte eine große Rolle. So wurde die Operation bei der Diagnose Krebs am besten verkraftet.

Janis(1958) berichtet von einem bestimmten Grad von Angst vor der Operation, der für einen erfolgreichen postoperativen Verlauf notwendig sei. Demnach ist völli-

ges Fehlen von Angstgefühlen praeoperativ ein Warnzeichen für spätere Komplikationen. Die Bedeutung sozioökonomischer Faktoren unterstreichen Levinson (1972) und Wolf (1970): Scheidung oder ungünstige Eheverhältnisse machen demnach die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Erkrankung postoperativ wahrscheinlicher. Auch das Alter scheint eine gewisse Rolle zu spielen, d.h. je jünger die Frau zum Zeitpunkt der Operation, desto eher kann man spätere psychische Konflikte erwarten. Weiter wird postuliert, daß in sozial niederen Schichten die Verknüpfung Gebärfähigkeit mit Funktion als Frau deutlicher gegeben sei. Deutsche Untersuchungen sind wesentlich weniger zahlreich und weisen auch teilweise andere Ergebnisse auf:

So berichtet Sievers (1977) von einer positiven Veränderung im sexuellen Verlangen und in der Kohabitationsfrequenz bei der Mehrzahl der Patientinnen. Lediglich die Gewichtszunahme und in geringem Maße postoperative Kohabitationsbeschwerden wurden als negativ angegeben. Depressionen traten nicht vermehrt auf. So erweitert denn auch der Autor den Indikationsbereich für die vaginale Hysterektomie auf den Sterilisationswunsch bei abgeschlossener Familienplanung. Zu anderen Ergebnissen gelangt Eicher (1976) ; in seiner Studie berichtet er von negativen Auswirkungen in der sexuellen Erlebnis - fähigkeit bei 34% der Frauen, positiv beeinflußt wurden 25 %, eine Anorgasmie stellte sich in 7 % der Fälle ein. Bei immerhin 13 % der Frauen wurden depressive Reaktionen beobachtet. Eicher(1975) weist auf die Bedeutung der praeoperativen Beratung hin, derzufolge bei ausreichender Information und eingehender Be-

ratung in 80% postoperativ unveränderte Zahlen hinsichtlich Libido und Kohabitationsfrequenz aufzufinden seien.
Weiterhin scheint es eine Prädisposition für das Posthysterektomiesyndrom zu geben, eine "präexistierende Psychopathologie ": Pelvipathie
Libidodysfunktionen
Hyst.oder neurot. Verhalten
Psychosomatische Störungen.
In solchen Fällen sollte eine psychologische Behandlung vorausgehen. Jedoch auch sozialer Distress und berufliche Schwierigkeiten wirken sich negativ aus. (Eicher 1975)
Prill (1964) berichtet von einem grossen Anteil der Frauen (53%), die über eine negative Auswirkung auf ihr Geschlechtsleben klagen, eine positive Verän - derung stellten dabei nur 19% der Frauen fest.
Wenderlein (1980) berichtet,daß Frauen mit geringerer Intelligenz (IQ unter 100) dreimal so häufig über unregelmäßige Monatsblutungen klagen als Frauen mit einem IQ über 100. Er schließt daraus, daß je geringer das IQ-Niveau ist, um so häufiger negative Aus - wirkungen auf den Körper infolge Uterusexstirpation zu erwarten seien. Das sollte bei Frauen mit geringem Bildungsniveau für die präoperative Aufklärung beachtet werden. Je geringer auch die verbale Intelligenz, desto häufiger wird befürchtet, daß die Uterusexstirpation das Koitus-Empfinden und die Orgasmusfähigkeit tangieren und einen Partnerschafts- konflikt heraufbeschwören. Der Autor meint, hier sollte der Gynäkologe aktive Beratung betreiben, da gerade Frauen mit geringem Sozialstatus selten ihre Befürchtungen vortragen.

Lau (1980) weist mit Nachdruck auf die vorbe - stehende Situation hin, da sich der somatisierte Konflikt bei Frauen nur allzuoft im Genitalbereich manifestiert; sei es in Schmerzen oder in sexueller Fehlfunktion, wobei sich dahinter oft eine latente Depression verbirgt.

Somit erweist sich der Uterus in psychosexueller Hinsicht, als kein " entbehrliches " Organ; die Indikation muß daher stets sehr streng gestellt werden, um ein Posthysterektomiesyndrom weit - gehend zu verhindern.
Sloan (1979) beschreibt das Posthysterektomie - syndrom als einschneidende Änderung in den Ein- stellungen, den Verhaltensweisen und der Lebens - gestaltung einer Frau nach der Operation.
Die Unwiderruflichkeit der Situation und das Gefühl nur eine "halbe Frau" zu sein, vertiefen die postoperative Angst und Depressionsgefühle.

2 Fragestellung

2.1 Die bisher zitierten Untersuchungen gehen von den postoperativen Beschwerden der hysterektomierten Patientinnen aus. Die praeoperative Einschätzung wird meist vom Gynäkologen vorgenommen, die Frau hat selten Gelegenheit diese Einschätzung selbst vorzunehmen oder sich zur Zeit vor der Operation zu äußern. Es erschien daher interessant, die subjektiven Angaben in einer Art "Selbsteinschätzung" prae- und postoperativ miteinander zu vergleichen.Um die Angaben zu standardisieren und auch um zu einer effektiveren Ergebnisauswertung zu gelangen, sollte ein genormter Fragebogen verwendet werden. Es sollte erfaßt werden, wie die Frauen selber die Veränderung bestimmter Beschwerden vor der Operation im Vergleich zu danach einschätzen. Ein wichtiger Faktor schien auch, herauszufinden, wieviel Frauen sich vor der Hysterektomie als vollkommen beschwerdefrei einschätzten, hinterher nicht mehr und umgekehrt.

Zunächst wurde der Fragebogen in Form von Statements konstruiert, mit der Antwortmöglichkeit ja - nein, dann aber wegen der fehlenden Abstufungsmöglichkeit und der tendenziösen Beantwortung (Ja-Sager und Nein-Sager) als zu kategorisch verworfen.
Beispiel: Ich fühle mich sehr schnell müde

ja nein

Ganz offene Fragen mit freier Antwortmöglichkeit schieden aus, da sie nicht oder nur sehr schwer klassifiziert und per Computer hätten

ausgewertet werden können. So kristallisierte sich ein Fragebogen heraus, der-bei vorgegebenen items- der Patientin doch immerhin die Möglichkeit der genauen Einstufung von " nicht, kaum, mäßig, stark, unerträglich" selber überließ. Außerdem wurde am Schluß jeweils (prae- und postoperativ) noch die Möglichkeit gegeben, sich im Klartext zu äußern, falls Beschwerden bestanden oder bestehen, die nicht hinterfragt waren.

2.2 Inhalt

Es wurde entschieden, daß die Fragen vier Frageblöcken zuzuordnen sein sollten:

1) Sozialdaten
2) Fragen, die Operation betreffend
3) Somatische Symptome
4) emotionale Symptome

ad 1) Die Sozialdaten wurden nicht sehr ausführlich hinterfragt - lediglich: Familienstand, Beruf - Berufstätigkeit, Schwangerschaft und Kinder - um den anderen Frageblöcken mehr Platz einzuräumen. Alter und Gewicht waren bekannt.

ad 2) Bei den Fragen die Operation betreffend wurde besonders Wert auf die Entscheidung zur Operation und die damit verbundenen Erwartungen gelegt. Wichtig war auch zu erfahren, ob sich die Körpervorstellung, das Körperschema verändert hatte und ob Schwierigkeiten mit der weiblichen Rolle eingetreten waren. Weiter sollte noch eine eventuelle psychotherapeutische Behandlung und Hormonmedikation erfaßt werden.

ad 3 + 4

Die Fragen nach somatischen und emotionalen Symptomen wurden durcheinander gewürfelt, einmal, um den Fragebogen nicht noch umfangreicher zu gestalten, zum anderen, um eine - vielleicht-veränderte Einstellung der Patientin beim Beantworten von "rein seelischen" Dingen zu verhindern. Außerdem sind wohl viele Beschwerden nicht klar zuzuordnen oder psychosomatischer Natur. Als erstes wurde die Patientin auf dem Fragebogen mit der Bewertung vertraut gemacht, sie sollte durch Ankreuzen der jeweiligen Spalte den Ausprägungsgrad ihrer Beschwerden ausdrücken. Weiter erschien es sinnvoll, die Möglichkeit des völligen Fehlens von Beschwerden zu geben, damit sollte verhindert werden, daß die Patientin nach Durchlesen aller items sich praktisch gezwungen sieht, Beschwerden gehabt zu haben.

Soweit es möglich war, wurden prae- und postoperativ dieselben items verwandt (insgesamt 18).
Zweimal wurden komplenentäre items verwandt:

praeoperativ	postoperativ
Angst vor einer Schwangerschaft	Kinderwunsch
Gefühl einer zu weiten Scheide	Gefühl einer zu engen Scheide

Die restlichen items waren spezifisch und somit nicht prae- und postoperativ vergleichbar (insgesamt 4)

praeoperativ: Angst vor der Operation
Schmerzen bei der Monatsblutung

zu starke Monatsblutungen
Blutungen zwischen den Perioden

postoperativ: Hitzewallungen
Gewichtzunahme
(Scheidenentzüngung
Durchfall)

Wobei die beiden letzten reine Fühl-items waren. Ursprünglich sollte noch die Kohabitationsfrequenz prae- und postoperativ als item aufgenommen werden, wurde dann aber als möglicherweise zu sehr fremdinduziert (häufig Mann bestimmender Teil) wieder verworfen.

2.3 Fragebögen

FRAGEBOGEN I

(bitte deutlich schreiben,oder Zutreffendes unterstreichen)

A Beruf:

berufstätig (damals) :

Familienstand " : ledig verh. verw. gesch.

Staatsangehörigkeit:

Anzahl der Schwangerschaften:

Anzahl der geborenen Kinder:

B Fragen , die Operation betreffend:

bitte ankreuzen X
O=unentschieden

	ja	O	nein
a) war für Sie ausreichend Zeit,die Entscheidung zur Operation zu treffen?			
b) wurden Sie ausreichend über die Op. aufgeklärt?			
c) würde Ihre Entscheidung heute anders ausfallen?			
d) haben sich Ihre Erwartungen,die mit der op. verbunden waren, erfüllt?			
e) besteht jetzt manchmal der Wunsch nach einer Schwangerschaft?			
f) fand seit der Op. ambulante psychotherapeutische Behandlung statt?			
g) fand seither stationäre psychother. Behandlung statt?			
h) haben Sie seither Schwierigkeiten mit Ihrer weiblichen Rolle?			
i) hat sich Ihr Selbstbild verändert?			
j) haben Sie nach der Operation Sexualhormone (z.B.Östrogene) bekommen?			
k) nehmen Sie diese Medikamente dauernd ein?			

hier bitte nicht schreiben!

Bitte prüfen Sie noch einmalnach, ob Sie jede Frage beantwortet haben!

FRAGEBOGEN II

Was hat Sie v o r der Operation beeinträchtigt?

Bitte bewerten Sie durch X jedes Symptom mit O=nicht,1=kaum,2=mässig
3=stark,4=sehr stark/unerträgl.

Bei völligem Fehlen von körperl.Beschwerden kreuzen Sie bitte hier ☐ an und gehen Sie dann zu Fragebogen III. ☐ 24

	0	1	2	3	4	
Nervosität						☐ 25
Angst vor der Operation						☐ 26
Druckgefühl/Ziehen im Bauch						☐ 27
Herzjagen						☐ 28
Druckgefühl nach unten						☐ 29
"Krebsangst"						☐ 30
Unwillkürlicher Urinabgang						☐ 31
Reizbarkeit						☐ 32
Schmerzen bei der Monatsblutung						☐ 33
Angst vor einer Schwangerschaft						☐ 34
Gefühl einer"zu weiten Scheide"						☐ 35
Depression(unerklärliche Traurigkeit)						☐ 36
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr						☐ 37
Leichte Ermüdbarkeit						☐ 38
Ausfluss						☐ 39
Schlafstörungen						☐ 40
Mangel an sexuellem Verlangen						☐ 41
Brennen/Jucken in der Scheide						☐ 42
Zu starke Monatsblutungen						☐ 43
Drang zu häufigem Wasserlassen						☐ 44
Darmverstopfung						☐ 45
Schmerzen beim Wasserlassen						☐ 46
Kopfschmerzen						☐ 47
Blutungen zwischen den Perioden						☐ 48
Stimmungsschwankungen						☐ 49

Wenn außer den oben genannten noch andere Beschwerden bestanden haben, bitte [illegible] angeben: ☐ 50

FRAGEBOGEN III

Was hat Sie n a c h der Operation beeinträchtigt?

Bitte bewerten Sie durch X jedes Symptom mit O=nicht,1=kaum,2=mässig 3=stark,4=sehr stark/unerträgl.

Bei völligem Fehlen von körperl.Beschwerden, kreuzen Sie bitte hier ☐ an,der restliche Fragebogen ist dann gegenstandslos. ☐ 51

	0	1	2	3	4	
Stimmungsschwankungen						☐ 52
Unwillkürlicher Urinabgang						☐ 53
Hitzewallungen						☐ 54
Kinderwunsch						☐ 55
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr						☐ 56
"Krebsangst"						☐ 57
Darmverstopfung						☐ 58
Nervosität						☐ 59
Scheidenentzündung						☐ 60
Mangel an sexuellem Verlangen						☐ 61
Drang zu häufigem Wasserlassen						☐ 62
Reizbarkeit						☐ 63
Gefühl einer "zu engen Scheide"						☐ 64
Bauchschmerzen						☐ 65
Depression(unerklärliche Traurigkeit)						☐ 66
Brenen/Jucken in der Scheide						☐ 67
Herzjagen						☐ 68
Druckgefühl nach unten						☐ 69
Leichte Ermüdbarkeit						☐ 70
Gewichtszunahme						☐ 71
Schmerzen beim Wasserlassen						☐ 72
Schlafstörungen						☐ 73
Druckgefühl/Ziehen im Bauch						☐ 74
Durchfall						☐ 75
Kopfschmerzen						☐ 76

Wenn zu den oben genannten noch andere Beschwerden bestanden haben,bitte im Klartext angeben: ☐ 77

3.1 Population

796 Patientinnen wurden angeschrieben, deren Krankenblatt durch den Computer erfaßt waren. Es waren Patientinnen des Jahrgangs 78, die alle wegen einer Laparatomie in der Universitäts Frauenklinik Tübingen stationär gewesen waren.

Antworten

Zurückgeschickt wurden 508 Antwortbögen, wobei 480 in die Computerauswertung eingingen. 24 Personen waren verstorben, 4 hatten eine Beantwortung abgelehnt - 2 aus"Altersgründen" und 2 ohne eine Angabe zu machen.

Die Antworten wurden verschlüsselt, um eine Auswertung durch Computer (IBM) zu ermöglichen. Auf Band gespeichert waren vorhanden:

- Diagnosen, die praeoperativ gestellt worden waren
- Operationsmethoden
- Komlikationen postoperativ
- Risikofaktoren der Patientinnen
- Therapie postoperativ (Medikamente, alle Formen der Strahlentherapie)
- Zustand der Patientin bei Entlassung

Die vorliegenden Daten gingen zusammen mit den erfragten durch Computeroutput in die Auswertung ein.

3.2 Bereits vorhandene Daten

3.2.1 Diagnosen

	n	%
Carcinome (Ovarial, Corpus, Cervix)	5o	1o,5
Benigne Neoplasien	295	61,9
Präcancerosen	41	8,6
Lageveränderung des Genitale (Cystocele, Rectocele, Prolaps)	281	58,8
Inkontinenzen (alle Formen)	18o	37,8
Adnexitis	13	2,7
Allen-Masters-Syndrom	1o	2,1
Endometriosen	23	4,8
Hernien	16	3,4
Dyspareunie	17	3,6
Dysmenorrhoe	44	9,2
PMP-Blutungen	26	5,4
Sterilisationswunsch	3	o,6
Varicosis d. inneren Genitale	8	1,7

3.2.2 Operationsmethoden

Laparaskopie ohne weitere Maßnahmen		23	4,8
Abdominale Hysterektomie		2o8	43,5
vaginale Hysterektomie		198	41,4
Marshall-Marchetti-Kranz		9o	18,8
Adnexektomie	beidseitig	146	3o,5
	einseitig	72	15,1
Ovariektomie	beidseitig	3	o,6
	einseitig	11	2,3
Salpingektomie		19	4,o
Appendektomie, Meckel'sches Divertikel		24	5,o

3.2.3 Komplikationen postoperativ

	n	%
Keine	184	38,5
Wundheilungsstörung (Hämatom)	18	3,8
Abszesse, Dehiszenz, Platzbauch	5	1,1
Nachblutungen	5	1,1
Peritonitis	1	o,2
Subileus	1	o,2
Störung der Miktion (> 7 die)	41	8,6
Harnwegsinfekt	229	47,9
Thrombo-embolische Komplikationen	1	o,2
Status-febrilis (38 °> 2 die)	1o3	21,6

3.2.4 Risikofaktoren

Keine		337	7o,5
Hypertonie	16o/1oo	41	8,6
Herzinsuffizienz		41	8,6
Nephropathien		9	1,9
Diabetes		15	3,1
Koagulopathien		5	1,1
Begleit.Malignome		6	1,3
Status nach Laparatomie		57	11,9

3.2.5 Therapie postoperativ	n	%
Medikamente keine	13	2,7
low dose Heparin	264	55,2
Calciparin und DHE	52	1o,9
Cumarine	55	11,5
Antibiotika	5o	1o,5
Cytostatica	5	1,1
Hormone	95	19,9
DHE isoliert	78	16,3
Furadantin	23o	48,1
Strahlentherapie		
keine	461	96,4
Tele Cobalt	3	o,6
Nachbestrahlung	1o	2,1
Palliativbestrahlung	1	o,2
Geheilt entlassen	45o	94,2
gebessert entlassen	22	4,6
ohne Therapieerfolg entlassen	1	o,2
Verlegung in UKT Bereich	5	1,1

4. Daten aus den Fragebögen

4.1 Sozialdaten

Beruf		n	%
keine Abgabe		53	11,1
Hausfrau		217	45,4
Arbeiterin		73	15,3
Angestellte		93	19,5
Leitende Angestellte		13	2,7
Akademikerin		29	6,1
berufstätig zum Zeitpunkt der Operation		194	4o,6
Hausfrau		221	46,2
Familienstand	ledig	4o	8,4
	verheiratet	367	76,8
	verwitwet	42	8,8
	geschieden	12	2,5
Staatsangehörigkeit			
	deutsch	438	91,6
	französisch	6	1,3
englisch, italienisch, jugoslawisch, griechisch, spanisch, türkisch, ungarisch jeweils unter			o,6

4.2 Fragen die Operation betreffend

	% ja	o	nein
a) war für Sie ausreichend Zeit, die Entscheidung zur Operation zu treffen?	84,1	5,7	1o,3
b) wurden Sie ausreichend über die Operation aufgeklärt?	85,2	8,o	6,9
c) würde Ihre Entscheidung heute anders ausfallen?	8,2	8,4	83,5
d) haben sich Ihre Erwartungen, die mit der Operation verbunden waren, erfüllt?	73,6	15,9	1o,5
e) besteht jetzt manchmal der Wunsch nach einer Schwangerschaft?	9,4	11,9	78,7
f) fand seit der Operation ambulante psychotherapeutische Behandlung statt?	7,1	2,9	9o,o
g) fand seither stationäre psychotherapeutische Behandlung statt?	2,7	3,6	93,7
h) haben Sie seither Schwierigkeit mit Ihrer weiblichen Rolle?	5,2	9,4	85,4
i) hat sich Ihr Selbstbild verändert?	6,7	9,2	84,1
j) haben Sie nach der Operation Sexualhormone (z.B. Östrogene) bekommen?	26,8	2,7	7o,3
k) nehmen Sie diese Medikamente dauernd ein?	15,1	1o,9	74,3

Anzahl der Patientinnen mit körperlichen Beschwerden insgesamt

vor der Operation	82,4 %
nach der Operation	77,4 %

4.3 Somatische und psychische Fragen Vergleich prae und postoperativ

KOLLEKTIV : gesamt N=460

VARIABLE	VOR OP		NACH OP	
DRUCKGEFÜHL/ZIEHEN IM BAUCH	N	%	N	%
NEIN	260	54,4	338.	70,7
KAUM	40	8,4	49	10,3
MÄSSIG	79	16,5	64	13,4
STARK	63	13,2	20	4,2
UNERTRÄGLICH	36	7,5	7	1,5

KOLLEKTIV : gesamt N=460

VARIABLE	VOR OP		NACH OP	
PRURITUS VAGINAE	N	%	N	%
NEIN	378	79,1	391.	81,8
KAUM	44	9,2	44	9,0
MÄSSIG	34	7,1	31	6,7
STARK	16	3,6	9	1,9
UNERTRÄGLICH	6	1,3	3	0,7

KOLLEKTIV : gesamt N=460

VARIABLE	VOR OP		NACH OP	
DRUCKGEFÜHL NACH UNTEN	N	%	N	%
NEIN	255	53,4	372	77,8
KAUM	35	7,3	45	9,4
MÄSSIG	93	19,5	40	8,4
STARK	64	13,4	16	3,4
UNERTRÄGLICH	31	6,5	5	1,1

KOLLEKTIV : gesamt N=460

VARIABLE	VOR OP		NACH OP	
DYSURIE	N	%	N	%
NEIN	405	84,7	417	87,2
KAUM	33	6,9	25	5,2
MÄSSIG	25	5,2	19	4,0
STARK	7	1,5	15	3,1
UNERTRÄGLICH	8	1,7	2	0,4

KOLLEKTIV : gesamt N=460

VARIABLE	VOR OP		NACH OP	
INKONTINENZ	N	%	N	%
NEIN	317	66,3	361	75,5
KAUM	37	7,7	60	12,6
MÄSSIG	69	14,4	42	8,8
STARK	40	8,4	9	1,7
UNERTRÄGLICH	15	3,1	7	1,5

KOLLEKTIV : gesamt N=460

VARIABLE	VOR OP		NACH OP	
POLLAKISURIE	N	%	N	%
NEIN	285	59,6	325	68,0
KAUM	37	7,7	46	9,6
MÄSSIG	58	12,1	63	13,2
STARK	66	13,8	38	8,0
UNERTRÄGLICH	32	6,7	6	1,3

KOLLEKTIV : gesamt N=460

VARIABLE	VOR OP		NACH OP	
DYSPAREUNIE	N	%	N	%
NEIN	346	72,4	347	72,6
KAUM	40	8,4	52	10,9
MÄSSIG	55	11,5	49	10,3
STARK	27	5,7	20	4,2
UNERTRÄGLICH	10	2,1	10	2,1

KOLLEKTIV : gesamt N=460

VARIABLE	VOR OP		NACH OP	
OBSTIPATION	N	%	N	%
NEIN	315	65,9	312	65,3
KAUM	42	8,8	42	8,8
MÄSSIG	58	12,2	66	13,8
STARK	48	10,0	42	8,8
UNERTRÄGLICH	15	3,1	16	3,4

KOLLEKTIV : gesamt N=460

VARIABLE	VOR OP		NACH OP	
HERZJAGEN	N	%	N	%
NEIN	323	67,6	318	66,5
KAUM	58	12,1	59	12,3
MÄSSIG	63	13,2	72	15,1
STARK	30	6,3	24	5,0
UNERTRÄGLICH	4	0,8	5	1,1

KOLLEKTIV : gesamt N=460

VARIABLE	VOR OP		NACH OP	
KOPFSCHMERZEN	N	%	N	%
NEIN	276	57,7	279	58,4
KAUM	45	9,4	66	13,8
MÄSSIG	69	14,4	65	13,6
STARK	51	10,7	44	9,2
UNERTRÄGLICH	37	7,7	24	5,0

KOLLEKTIV : gesamt N=460

VARIABLE	VOR OP		NACH OP	
SCHLAFSTÖRUNGEN	N	%	N	%
NEIN	282	59,0	257	53,8
KAUM	55	11,5	57	11,9
MÄSSIG	82	17,2	91	19,0
STARK	45	9,4	50	10,5
UNERTRÄGLICH	14	2,9	23	4,8

KOLLEKTIV : gesamt N=460

VARIABLE	VOR OP		NACH OP	
REIZBARKEIT	N	%	N	%
NEIN	252	52,7	259	54,2
KAUM	68	14,2	70	14,8
MÄSSIG	90	18,8	90	18,8
STARK	54	11,3	45	9,4
UNERTRÄGLICH	14	2,9	14	3,0

KOLLEKTIV : gesamt N=460

VARIABLE	VOR OP		NACH OP	
LEICHTE ERMÜDBARKEIT	N	%	N	%
NEIN	231	48,3	223	46,7
KAUM	52	10,9	48	10,0
MÄSSIG	121	25,3	115	24,1
STARK	58	12,1	70	14,6
UNERTRÄGLICH	16	3,3	22	4,6

KOLLEKTIV : gesamt N=460

VARIABLE	VOR OP		NACH OP	
DEPRESSIONEN	N	%	N	%
NEIN	301	63,0	286	59,8
KAUM	54	11,3	55	11,5
MÄSSIG	73	15,3	72	15,1
STARK	38	8,0	46	9,6
UNERTRÄGLICH	12	2,5	19	4,0

KOLLEKTIV : gesamt N=460

VARIABLE	VOR OP		NACH OP	
NERVOSITÄT	N	%	N	%
NEIN	225	47,1	223	46,7
KAUM	57	11,9	52	10,9
MÄSSIG	114	23,9	117	24,5
STARK	67	14,0	66	13,8
UNERTRÄGLICH	15	3,1	20	4,2

KOLLEKTIV : gesamt N=460

VARIABLE	VOR OP		NACH OP	
PSYCHISCHE LABILITÄT	N	%	N	%
NEIN	262	54,8	244	51,1
KAUM	69	14,4	74	15,5
MÄSSIG	98	20,5	81	17,0
STARK	38	8,0	65	13,6
UNERTRÄGLICH	11	2,3	14	2,6

KOLLEKTIV- : gesamt N=460

VARIABLE	VOR OP		NACH OP	
ALIBIDIMIE	N	%	N	%
NEIN	318	66,5	302	63,2
KAUM	52	10,9	51	10,2
MÄSSIG	65	13,6	69	14,4
STARK	34	7,1	43	9,0
UNERTRÄGLICH	9	1,9	13	2,7

KOLLEKTIV : gesamt N=460

VARIABLE	VOR OP		NACH OP	
CARCINOPHOBIE	N	%	N	%
NEIN	273	57,1	336	70,3
KAUM	54	11,3	58	12,1
MÄSSIG	69	14,2	49	10,3
STARK	55	11,5	27	5,7
UNERTRÄGLICH	28	5,9	8	1,7

4.4 Rein prae operative Fragen

		n	%
Angst vor Operation	nein	221	46,2
	kaum	47	9,8
	mäßig	1o7	22,4
	stark	76	15,9
	sehr stark	27	5,6
Dysmenorrhoe	nein	268	56,1
	kaum	35	7,5
	mäßig	66	13,8
	stark	67	14,o
	sehr stark	42	8,8
Angst vor Gravidität	nein	385	8o,5
	kaum	26	5,4
	mäßig	29	6,1
	stark	25	5,2
	sehr stark	13	2,7
zu weite Scheide	nein	427	89,3
	kaum	19	4,o
	mäßig	17	3,6
	stark	13	2,7
	sehr stark	2	o,4
Fluor genitalis	nein	236	49,4
	kaum	84	17,6
	mäßig	88	18,4
	stark	52	1o,9
	sehr stark	18	3,8

Vor Operation		n	%
Hypermenorrhoe	nein	279	58,4
	kaum	26	5,4
	mäßig	39	8,2
	stark	61	12,8
	sehr stark	73	15,3
Metrorrhagien	nein	365	76,4
	kaum	24	5,o
	mäßig	47	9,8
	stark	24	5,o
	sehr stark	18	3,8

4.5 Rein postoperative Fragen

Hitzewallungen	nein	27o	56,5
	kaum	43	9,o
	mäßig	64	13,4
	stark	64	13,4
	sehr stark	37	7,8
Kinderwunsch	nein	431	9o,2
	kaum	1o	2,1
	mäßig	12	2,5
	stark	19	4,o
	sehr stark	6	1,3
Nach Operation			
Kolpitis	nein	41o	85,8
	kaum	29	6,1
	mäßig	27	5,6
	stark	1o	2,1
	sehr stark	2	o,4

		n	%
zu "enge" Scheide	nein	413	86,4
	kaum	21	4,4
	mäßig	17	3,6
	stark	18	3,8
	sehr stark	9	1,9
Gewichtzunahme	nein	263	55,o
	kaum	52	1o,9
	mäßig	99	2o,7
	stark	39	8,1
	sehr stark	25	5,2
Durchfall	nein	439	91,8
	kaum	15	3,1
	mäßig	18	3,8
	stark	5	1,o
	sehr stark	1	o,2
Bauchschmerzen	nein	323	67,6
	kaum	58	12,1
	mäßig	65	13,6
	stark	23	4,8
	sehr stark	9	1,9

4.6 Interpretation

Wie aus den Ergebnissen hervorgeht, besteht postoperativ eine eindeutige Besserung bei den rein somatischen Symptomen. Ein starker Rückgang der Symptome bei allen Ausprägungsgraden tritt vor allem auf bei: Druckgefühl, Druckgefühl nach unten, Ziehen im Bauch, Inkontinenz, Dysurie und Carcinophobie.

Leichter Rückgang bei den Ausprägungsgraden - mäßig, stark, unerträglich - während - kaum - nicht oder nur wenig beeinflußt wird bei: Pruritus vaginae,
Dyspareunie,
Kopfschmerzen,
Pollakisurie,

Gleichgeblieben sind die Prozentzahlen bei folgenden items: Reizbarkeit
Nervosität
Herzjagen
Obstipation

Folgende items verzeichnen eine Zunahme der Prozentzahlen: Psychische Labilität
Alibidimie
Depressionen
Schlafstörungen

Hier wird also von den Frauen postoperativ über eine Verschlechterung des Zustandes berichtet. Es erschien nun weiterhin interessant, diese Frauengruppe aufzuteilen nach Operationsmethoden, also vaginale und abdominale Hysterektomie und die neu entstandenen Gruppen wieder miteinander zu vergleichen.

5. Es ergaben sich für die vaginale Hysterektomie 198 und für die abdominale 194 Fälle.
Die somatischen Parameter verhielten sich hier sehr ähnlich wie im Gesamtkollektiv und werden deshalb nicht erneut aufgeführt. Im Anschluß nun einige items, bei denen sich die Antworten je nach Operationsmethode stark unterschieden: Der besseren Übersichtlichkeit wegen sind die Antwortkategorien im Folgenden zusammengefaßt in

leicht = kaum und mäßig
schwer = stark, sehr stark, unerträglich

KOLLEKTIV: abdominale Hysterektomien N = 194

vaginale Hysterektomien N = 198

VARIABLE		VOR OP	NACH OP
REIZBARKEIT		%	%
NEIN	abdominal	53,1	49,0
	vaginal	50,5	59,1
LEICHT	abdominal	36,1	38,1
	vaginal	31,3	30,8
SCHWER	abdominal	10,8	12,9
	vaginal	18,2	10,1

KOLLEKTIV: abdominale Hysterektomien N = 194

vaginale Hysterektomien N = 198

VARIABLE		VOR OP	NACH OP
ALIBIDIMIE		%	%
NEIN	abdominal	64,4	60,8
	vaginal	65,2	63,1
LEICHT	abdominal	24,7	27,8
	vaginal	25,3	23,2
SCHWER	abdominal	10,8	11,3
	vaginal	9,6	13,6

KOLLEKTIV: abdominale Hysterektomien N = 194

vaginale Hysterektomien N = 198

VARIABLE		VOR OP	NACH OP
DEPRESSIONEN		%	%
NEIN	abdominal	61,9	56,7
	vaginal	62,1	63,6
LEICHT	abdominal	30,4	29,9
	vaginal	25,3	23,2
SCHWER	abdominal	7,7	14,4
	vaginal	12,6	13,1

KOLLEKTIV: abdominale Hysterektomien N = 194

vaginale Hysterektomien N = 198

VARIABLE		VOR OP	NACH OP
PSYCHISCHE LABILITÄT		%	%
NEIN	abdominal	55,7	47,7
	vaginal	51,5	54,0
LEICHT	abdominal	35,6	37,1
	vaginal	35,9	28,3
SCHWER	abdominal	8,8	15,5
	vaginal	12,6	17,7

5.2 Interpretation

Es zeigt sich bei den vorausgegangenen items, daß die Frauen, die eine abdominale Hysterektomie durchlaufen haben, im Vergleich zu den Frauen mit vaginaler Hysterektomie scheinbar benachteiligt sind. Nach abdominaler Hysterektomie treten vermehrt Depressionen auf, besonders als schwer eingestufte, dasselbe gilt für die Alibidimie. Die psychische Labilität nimmt ebenfalls zu und die Reizbarkeit gar verstärkt sich bei abdominaler Hysterektomie, während die vaginal hysterektomierten Patientinnen postoperativ eine Besserung verzeichnen.

Insgesamt werden körperliche Beschwerden in %

praeoperativ	bei abdominaler Hysterektomie	85,6 %
	bei vaginaler Hysterektomie	83,8 %
postoperativ	bei abdominaler Hysterektomie	82,5 %
	bei vaginaler Hysterektomie	76,3 %

angegeben.

Auch die Fragen, die Operation betreffend, werden je nach Operationsmethoden unterschiedlich beantwortet.

So antwortete bei den Fragen

1) war für Sie ausreichend Zeit die Operationsentscheidung zu treffen mit Nein 11,9 % abdominal, aber nur 2,5 % vaginal Hysterektomierte.
2) Haben sich Ihre Operationserwartungen erfüllt? Ja 23,2 % vaginal 6,6 % abdominal

Die unterschiedlichen Prozentzahlen, aber vor allem auch die Angabe zur Hormoneinnahme, wirft nun die Frage nach der Adnexektomie auf. Es erscheint möglich, daß die gefundenen Unterschiede auf jeweils vorhandene oder entfernte Adnexe und damit auf die hormonelle Situation der Frau zurückzuführen sind.

KOLLEKTIV: Hysterektomie mit Adnexektomie N = 146
Hysterektomie ohne Adnexektomie N = 332

VARIABLE	AUSPRÄGUNGSGRAD		VOR OP %	NACH OP %
LEICHTE ERMÜDBARK.	SCHWER	mit Adnexektomie	8,9	21,9
		ohne	18,4	18,1
DYSPAREUNIE	SCHWER	mit Adnexektomie	5,5	9,6
		ohne	8,7	4,8
ALIBIDIMIE	SCHWER	mit Adnexektomie	6,2	14,4
		ohne	1o,2	1o,5
PRURITUS VAGINAE	SCHWER	mit Adnexektomie	3,4	4,1
		ohne	5,1	1,8

KOLLEKTIV: Hysterektomie mit Adnexektomie N = 146
Hysterektomie ohne Adnexektomie N = 332

VARIABLE	AUSPRÄGUNGSGRAD		VOR OP %	NACH OP %
REIZBARKEIT	SCHWER	mit Adnexektomie	9,6	14,4
		ohne	16,3	11,5
PSYCH.LABILITÄT	SCHWER	mit Adnexektomie	8,9	17,9
		ohne	1o,9	16,3
SCHLAFSTÖRUNGEN	SCHWER	mit Adnexektomie	13,7	2o,6
		ohne	11,7	12,9
DEPRESSION	SCHWER	mit Adnexektomie	9,6	17,8
		ohne	1o,8	11,7

Daher wurde eine weitere Auftrennung der Ergebnisse nach Patientinnen mit Adnexektomie und "ohne" vorgenommen.

6. Bei 146 Frauen wurde eine Hysterektomie mit Adnexektomie, bei 332 Frauen ohne durchgeführt. Bei beiden blieben relativ unbeeinflußt die Parameter wie Herzjagen, Dysurie und Nervosität. Leicht verbesserten sich:Inkontinenz, Kopfschmerzen, Pollakisurie; stark verbesserten sich: Druckgefühl, Ziehen im Bauch, Druckgefühl nach unten und Krebsangst. Eine Zunahme der Symptome bei Patientinnen mit Adnexektomie bei gleichbleibenden Zahlen der Restgruppe findet man hauptsächlich bei den als "schwer" eingestuften Beeinträchtigungen. Hier ergeben sich sogar teilweise gegenläufige Tendenzen.
Unerklärlich sind die meist höheren Ausgangswerte der Patientengruppe, die bei der Operation nicht adnexektomiert wurde.
Auch die Einstellung zur Operation wird von der Adnexektomie entscheidend mitbeeinflußt.
So gaben 11,6 % der adnexektomierten Frauen an, heute eine andere Entscheidung treffen zu wollen, von der Restgruppe nur 6,6 %. Die Operationserwartung als erfüllt sahen 66,4 % der Adnexektomierten, 76,8 % der Patientinnen ohne Adnexektomie.
Ambulante psychotherapeutische Behandlung hatten 9,6 % der Frauen mit und
6 % der Frauen ohne Adnexektomie.
Schwierigkeiten mit der weiblichen Rolle verneinen 78,8 % (adnexektomiert) zu 88,25 % (ohne Adnexektomie) der Patientinnen.
Naturgemäß schwankt auch die Hormoneinnahme erheblich, von 49,3 % der adnexektomierten Patientinnen, die Sexualhormone einnehmen, zu 16,87 %

der restlichen Frauen, die keine Hormonmedikation haben.
Als Kuriosum am Rande ist auch der Wunsch nach Schwangerschaft betroffen, mit Ja antworten hier 1,4 % der Adnexektomierten, während immerhin 13 % der anderen Patientinnen hier mit Ja stimmten (hormonell bedingt?).

7. Die unterschiedliche Reaktion mit Depressionen der Patientinnen je nach Operationsart macht die Frage interessant, welche Gruppe Frauen - die nicht primär sich schon als depressiv bezeichnen - postoperativ mit Depressionen reagiert (n = 137). Komplementär dazu die Patientengruppe, die postoperativ ohne Depressionen ist (n = 341). Die Diagnosen sind bei beiden Gruppen weitgehend ähnlich häufig, sowohl Karzinome, benigne Neoplasien, Deszensus, Streßinkontinenz und Cysto-Rectocelen entsprechen dem Gesamtdurchschnitt. Lediglich die Dyspareunie findet sich in 7,3 % der Fälle mit postoperativen Depressionen und nur in 2 % der Fälle ohne postoperative Depressionen. Auch die Operationsmethode ist in beiden Stichproben ähnlich: etwa 45 % abdominale Hysterektomie und 39 % vaginale Hysterektomie.

7.1 Wie zu erwarten, gab ein höherer Prozentsatz der postoperativ Depressiven an, heute eine andere Entscheidung zu treffen: 12,4 % im Vergleich dazu 6,4 % nicht Depressive; ähnlich bei den Operationserwartungen, als erfüllt sahen sie 62,8 % der Depressiven zu 78 % der nicht Depressiven (immer postoperativ). In psychotherapeutischer Behandlung befanden sich seither 2o,4 % der Depressiven zu 5,6 % der nicht Depressiven.

Schwierigkeiten mit der weiblichen Rolle geben 9,5 % zu 3,5 % an, Selbstbildveränderungen 11 % zu 5 %.

Diese Zahlen weisen darauf hin, wie wichtig es ist, depressive Patientinnen, oder solche mit Neigung dazu, praeoperativ festzustellen, um eventuell ein Therapieprogramm gleichzuschalten, zumindest aber um hier ausführlicher auf die Patientinnen einzugehen.

7.2 Die wichtigsten somatischen und emotionalen items:

KOLLEKTIV: Frauen mit Depressionen postoperativ N = 137

Frauen ohne Depressionen postoperativ N = 341

VARIABLE		VOR OP	NACH OP
PSYCHISCHE LABILITÄT		%	%
NEIN	mit Depressionen	25,6	9,5
	ohne Depressionen	66,6	67,7
LEICHT*	mit Depressionen	50,4	38,7
	ohne Depressionen	28,7	29,9
SCHWER	mit Depressionen	24,1	51,8
	ohne Depressionen	4,7	14,4

KOLLEKTIV: abdominale Hysterektomien N = 194

vaginale Hysterektomien N = 198

VARIABLE		VOR OP	NACH OP
ALIBIDIMIE		%	%
NEIN	abdominal	48,9	41,6
	vaginal	73,6	71,9
LEICHT	abdominal	35,0	35,0
	vaginal	20,2	21,1
SCHWER	abdominal	16,1	23,1
	vaginal	6,2	7,0

KOLLEKTIV: Frauen mit Depressionen postoperativ N = 137

Frauen ohne Depressionen postoperativ N = 341

VARIABLE		VOR OP	NACH OP
SCHLAFSTÖRUNGEN		%	%
NEIN	mit Depressionen	32,1	20,4
	ohne Depressionen	69,8	67,1
LEICHT	mit Depressionen	45,3	40,6
	ohne Depressionen	22,0	26,7
SCHWER	mit Depressionen	22,6	38,0
	ohne Depressionen	8,2	6,2

KOLLEKTIV: Frauen mit Depressionen postoperativ N = 137

Frauen ohne Depressionen postoperativ N = 341

VARIABLE		VOR OP	NACH OP
LEICHTE ERMÜDBARKEIT		%	%
NEIN	mit Depressionen	27,7	15,3
	ohne Depressionen	56,6	59,2
LEICHT	mit Depressionen	51,1	43,8
	ohne Depressionen	30,2	30,2
SCHWER	mit Depressionen	20,3	40,9
	ohne Depressionen	13,2	10,6

KOLLEKTIV: Frauen mit Depressionen postoperativ N = 137

Frauen ohne Depressionen postoperativ N = 341

VARIABLE		VOR OP	NACH OP
REIZBARKEIT		%	%
NEIN	mit Depressionen	27,7	19,0
	ohne Depressionen	62,8	68,3
LEICHT	mit Depressionen	46,7	45,3
	ohne Depressionen	27,6	28,8
SCHWER	mit Depressionen	25,6	35,8
	ohne Depressionen	9,7	3,0

KOLLEKTIV: Frauen mit Depressionen postoperativ N = 137

Frauen ohne Depressionen postoperativ N = 341

VARIABLE		VOR OP	NACH OP
NERVOSITÄT		%	%
NEIN	mit Depressionen	19,7	11,0
	ohne Depressionen	58,1	61,0
LEICHT	mit Depressionen	46,0	39,4
	ohne Depressionen	31,7	33,7
SCHWER	mit Depressionen	34,3	49,6
	ohne Depressionen	10,3	5,3

KOLLEKTIV: Frauen mit Depressionen postoperativ N = 137

Frauen ohne Depressionen postoperativ N = 341

VARIABLE		VOR OP	NACH OP
HERZJAGEN		%	%
NEIN	mit Depressionen	48,9	41,6
	ohne Depressionen	75,1	76,5
LEICHT	mit Depressionen	38,7	43,1
	ohne Depressionen	20,0	21,1
SCHWER	mit Depressionen	12,4	15,3
	ohne Depressionen	5,0	2,3

7.3 Sehr verschieden wurde auch die Angst vor der Operation eingestuft:

	Depressive	nicht Depressive
keine Angst hatten	35 %	5o,1 %
mäßige Angst	34,3 %	31,2 %
starke Angst	3o,7 %	17,9 %

Ähnlich verhält es sich mit der Krebsangst, die von den depressiven Patientinnen primär stärker empfunden wird, sich wohl postoperativ verringert, aber immer wesentlich stärker ausgeprägt auftritt als bei der Restgruppe. Interessant ist weiter, daß die depressiven Patientinnen in 15,3 % der Fälle praeoperativ starke Angst vor Schwangerschaft angeben (4,9 % restliche Patientinnen), während sie wiederum bei dem Wunsch nach Schwangerschaft postoperativ in 14,6 % mit Ja antworten (Vergleich 7,3 % Restgruppe).

Diskussion

Bei 48o Frauen wurden die körperlichen und seelischen Bedingungen vor und nach einer Hysterektomie erfragt. Während, wie schon erwähnt, viele Untersuchungen auf den postoperativen Beschwerden aufbauen, gibt es kaum Werte über die Selbsteinschätzung von Frauen vor einer Hysterektomie. Es interessierte also vor allem der Vergleich bzw. die Veränderung der Werte von praenach postoperativ, jeweils von den Patientinnen selbst beschrieben oder eingestuft.

Die häufigsten Diagnosen - und damit wahrscheinlich ausschlaggebend für die Indikation zur Operation - waren benigne Neoplasien (62 %), gefolgt von Lageveränderungen des Genitale (59 %). Häufig waren auch alle Formen der Inkontinenz (38 %), weit dahinter dann die Carcinome nur 1o % der Fälle.

Als Operationsmethoden hielten sich die abdominale Hysterektomie mit 44 % und die vaginale Hysterektomie mit 42 % weitgehend die Waage.

Schwerwiegende postoperative Komplikationen waren in sehr geringem Ausmaß vorhanden. Thromboembolien, Peritonitis und Subileus in je einem der Fälle, also o,2 %. Am häufigsten traten der Harnweginfekt (48 %) und Fieber mit 22 % von den weniger ernsten Komplikationen auf.

Risikofaktoren wurden in über 7o % der Fälle keine angegeben, danach mit je 9 % Hypertonie und Herzinsuffiziens. Dies entspricht auch der Inzidenz der Normalbevölkerung.

Der Erfolg der operation aus gynäkologischer Sicht wird sehr hoch eingeschätzt, immerhin werden 94 % der Frauen als geheilt und 5 % als gebessert entlassen; nur von einem Fall "ohne Therapieerfolg" wird berichtet.

Auch die Sozialdaten der Patientinnen entsprechen denen der weiblichen Normalbevölkerung; 46 % der Frauen waren zum Zeitpunkt der Operation als Hausfrau tätig, 4o % waren berufstätig, wobei allerdings die Angestellten mit knapp 2o % die Arbeiterinnen (15 %) überwiegen. 77 % der Frauen waren verheiratet, lebten also in geordneten familiären Verhältnissen, nur 2 % waren geschieden. 92 % der Patientinnen geben deutsch als Staatsangehörigkeit an; dies ist insofern wichtig, als davon wohl wesentlich Verständnis und adäquate Beantwortung der Fragebögen abhing.
Im Laufe der vorliegenden Arbeit sind die gewonnenen Antworten je nach Kollektiv

1) Gesamtkollektiv
2) vaginale - abdominale Hysterektomie
3) Patientinnen mit und ohne Adnexektomie
4) Patientinnen mit und ohne Depression postoperativ

per Computer ausgewertet worden.
Es sollen nun die verschiedenen Ergebnisse im einzelnen miteinander verglichen werden.
Die Patientinnen aller vier Gruppen fanden, daß ausreichend Zeit zur Entscheidung vor der Operation gewesen sei (84 %). Besonders hohe Zustimmung findet man hier bei den vaginal Hysterektomierten, nämlich 93 %. Als Grund läßt sich hierfür am ehesten annehmen, daß bei diesen Frauen die Operation geplant und vorbereitet war, während bei den abdominalen Restlichen eventuelle Notoperationen mit eingehen. Auch die Bejahung der ausreichenden Operationsaufklärung liegt hier bei allen Kollektiven bei etwa 86 %.
Deutliche Unterschiede treten erstmals bei der Frage nach einer Entscheidung heute auf. 11,6 % der Frauen, bei denen die Adnexe entfernt wurden und 12,4 % der

postoperativ depressiven Frauen, würden heute eine andere Entscheidung bezüglich der Operation treffen, im Vergleich dazu nur 6,6 % der Frauen mit belassenen Adnexen und 6,4 % der nicht Depressiven.
Konsequenterweise sehen 76,8 % der Frauen ohne Adnexektomie, ohne Depressionen,ihre Operationserwartungen als erfüllt an, während es bei den Adnexektomierten 66,4 % und bei den depressiven Frauen nur 62,8 % sind.
Die Antworten auf die Frage nach dem Wunsch nach Schwangerschaft zum Zeitpunkt nach der Operation, sind widersprüchlich und schwer auszuwerten. Die abdominal und vaginal hysterektomierten Patientinnen stimmen hier zu 4,6 % mit Ja, während es bei den adnexektomierten Frauen nur 1,4 % sind. Jedoch geben 13 % der Frauen mit belassenen Adnexen und 14,6 % der depressiven Frauen an, jetzt den Wunsch nach Schwangerschaft zu haben.
In ambulante psychotherapeutische Behandlung begaben sich nach der Operation 7,3 % der Patientinnen insgesamt. Dies liegt über dem Prozentrang für die Normalbevölkerung, hier werden in der Literatur unterschiedliche Angaben gemacht, aber immer unter 5 %.
Deutlich höher liegen dabei noch Frauen, denen die Adnexe entfernt wurden mit 9,6 % und wie zu erwarten, Frauen mit Depressionen postoperativ mit 14,6 %.
Somit bestätigt auch diese Untersuchung das Ergebnis vieler vorausgegangener Berichte, daß ein allerdings geringfügig erhöhtes Risiko für hysterektomierte Frauen besteht, seelisch zu erkranken oder zumindest vorübergehend seelisch aus dem Gleichgewicht zu geraten. Stationäre psychotherapeutische Behandlung muß nur von den depressiven Frauen vermehrt in Anspruch genommen werden - 5,8 %, das Gesamtkollektiv liegt hier mit 2,8 % nur wenig über dem Durchschnitt.
Unerklärlich ist, daß beidemale die abdominal

Hysterektomierten weniger erkrankten als die vaginal Hysterektomierten (1,6 zu 4 %).
Über Schwierigkeiten mit der weiblichen Rolle wird nur von den depressiven Frauen vermehrt geklagt 9,5 %, Restkollektiv 5 %. Ähnlich verhält es sich bei den Selbstbildveränderungen, obwohl hier auch die adnexektomierten Frauen etwas höher liegen als der Rest. Bei der hormonellen Medikation zeigt sich denn auch, daß beide Gruppen sich überschneiden, jedoch nicht deckungsgleich sein können. 5o % aller Frauen mit Adnexektomie erhalten postoperativ Sexualhormone, 36 % der depressiven Frauen, sowie auch der abdominal Hysterektomierten, jedoch nur 16 % der vaginal hysterektomierten Frauen. Die hormonelle Situation erscheint somit von großer Wichtigkeit, kann jedoch nicht allein ausschlaggebend sein und für alle Veränderungen herangezogen werden.

Die Antworten des eigentlichen Fragebogens sollen nun in somatische und psychische aufgeteilt werden, obwohl dies nicht immer eindeutig möglich ist.
Zunächst zu den körperlichen Beschwerden:
Druckgefühl/Ziehen im Bauch, Druckgefühl nach unten, Inkontinenz, Dysurie, Pollakisurie und Pruritus vaginae.

Diese körperlichen Symptome werden praeoperativ häufig angegeben. Über Druckgefühl nach unten klagen insgesamt 46,7 % der Frauen vor und 22,2 % der Frauen nach der Operation, ganz ähnlich sind die Zahlen für Druckgefühl/Ziehen im Bauch. Inkontinenz aller Ausprägungsgrade findet man praeoperativ in 33,7 % und postoperativ in 24,5 % aller Fälle. Pollakisurie wird mit 4o,4 % zu 32 % der Fälle angegeben.
Das Symptom der Obstipation verändert sich durch Operation nicht, beidemal sind etwa 33 % der Frauen davon betroffen. Diese Zahlen für die körperliche

Beeinträchtigung sind erstaunlicherweise durch alle Gruppen hindurch fast gleich. Auch Adnexektomie oder Depression nach der Operation (hier geringfügig schlechtere Zahlen) scheinen daran nichts zu ändern. Allgemein könnte man sagen, daß die körperlichen Symptome häufig und auch als stark eingestuft vorhanden sind und durch die Operation wesentlich gebessert werden. Störungen der Kategorie stark/unerträglich gehen dabei noch mehr zurück als die mit kaum eingestuften. Je schwerer also eine Störung, umso größer der Erfolg - bei körperlichen Beschwerden! Diese schöne Klarheit geht jedoch bei den Symptomen des seelischen Bereichs verloren.

Da sind zunächst Beschwerden, die anscheinend keinerlei Veränderung erfahren: Kopfschmerzen z. B. werden durch alle Gruppen hindurch weitgehend gleich angegeben; prae- und postoperativ je 42 % der Fälle. Dyspareunie bleibt im Gesamtkollektiv etwa gleich, erfährt aber bei den adnexektomierten Frauen eine besonders als "schwer" eingestufte Verschlechterung. Hier findet man eine Zunahme von 5,5 % auf 9,6 %, nicht aber bei den depressiven Frauen, wie man auch hätte erwarten können. Hier scheinen vielleicht doch durch die Operationsmethode hinterher mehr Schmerzen zu bestehen.

Nervosität und Reizbarkeit, die sich im Gesamtkollektiv prae- und postoperativ nicht verändern (ca. 5o %), variieren in den einzelnen Untergruppen stark. Bei der Gruppe der adnexektomierten Frauen nimmt die Reizbarkeit allein in der als schwer eingestuften Beeinträchtigung um 5 % zu, bei den depressiven Frauen sogar um 1o %, während sie beim Restkollektiv eher rückläufig ist. Das Symptom Herzjagen bleibt überall

unbeeinflußt, lediglich die postoperativ depressiven Frauen verzeichnen eine Zunahme der Störung, was in Anbetracht der häufig psychischen Ursache von Herzjagen zu erwarten war. Depressionen postoperativ verzeichnen eine Zunahme insgesamt um 3 %, auch hier wieder sind die Frauen nach Adnexektomie stärker betroffen (bei starker Zunahme von 9,6 - 17,o %). Immerhin geben etwa 4o % aller Frauen an, postoperativ unter - verschieden stark ausgeprägten - Depressionen gelitten zu haben.
Die Beeinträchtigung durch leichte Ermüdbarkeit nimmt insgesamt nur gering zu (unter 2 %), aber wiederum schneiden Frauen nach Adnexektomie und depressive Patientinnen wesentlich schlechter ab. Erstere verzeichnen eine Zunahme bei als stark/unerträglich eingestuften Störung von 8,9 % auf 21,9 %, letztere sogar von 2o,3 auf 4o,9 % der Fälle, nur 15 % aller Frauen berichteten hier von Symptomfreiheit.

Von den depressiven Frauen stufen sich 51,8 % postoperativ als schwer psychisch labil ein (praeoperativ 24,1 %), jedoch auch die restlichen Frauen bezeichnen sich postoperativ zu 14,4 % (praeoperativ 4,7 %) als stark beeinträchtigt, was psychische Labilität anbelangt! Hier zeigt sich also ganz deutlich, welche starke seelische Belastung im Zusammenhang mit einer Hysterektomie,zumindest kurz nach dem Eingriff, empfunden wird. In die gleiche Richtung weist das Symptom Schlafstörungen, hier allgemein eine Zunahme um knapp 6 %, mehr betroffen wieder adnexektomierte und depressive Frauen.

Störungen der Libido nehmen im Gesamtkollektiv um 3,5 % zu und zwar hauptsächlich "starke" und "unerträgliche" Beeinträchtigungen.

Erstaunlicherweise nehmen auch hier bei den vaginal hysterektomierten Frauen die Störungen von 9,6 % prae nach 13,6 % postoperativ zu, während die abdominal hysterektomierten Frauen nur eine Zunahme in der Kategorie "leichte" Störung erfahren. Dies würde gegen ein hormoninduziertes Libidoverhalten sprechen, denn in das Kollektiv der abdominal Hysterektomierten gehen die Frauen mit Adnexektomie ein. Der Vergleich mit dem Kollektiv der Adnexektomierten zeigt jedoch hier eine Zunahme der "schweren" Störung von 6,2 % auf 14,4 %, dies wiederum würde bedeuten, daß Frauen nach abdominaler Hysterektomie ohne Adnexektomie die beste Prognose hinsichtlich ihres Libidoverhaltens postoperativ haben! Die schlechteste Prognose haben hier wieder, wie bei allen vorangegangenen seelischen Variablen, die depressiven Frauen, die eine Zunahme bei "schwer" von 16,1 nach 23,4 % erfahren.
Die große Ausnahme bei den psychischen Symptomen bildet die Carcinophobie . Hier verbessern sich die Werte durch alle Kollektive hindurch ganz wensentlich. 13 % mehr Frauen geben postoperativ an, unter keinerlei Angst vor Krebs zu leiden, jedoch sind immer noch 7,5 % aller Frauen von starken Ängsten was Krebs anbelangt betroffen (praeoperativ 17 %). Auch die Werte der depressiven Frauen gehen bei diesen items deutlich zurück, wenngleich postoperativ trotzdem 25,6 % ihre Carcinopholie mit stark/unerträglich bewerten. Keine Angst an Krebs zu erkranken hatten jedoch vor der Operation nur 41,6 % und nach der Operation 53,3 % der Frauen. Es wird sich demnach bei der starken Ausprägung des Symptoms der depressiven Frauen am ehesten um ein Persistieren einer phobischen Störung handeln.

Wie aus allen bisherigen Daten hervorgeht, scheint es eine Frage von elementarer Wichtigkeit, jene Frauen herauszufinden, die postoperativ mit Depressionen reagieren werden. Dazu noch einmal einen Blick auf die Daten, die diese Frauen zur Zeit vor der Operation angeben:

A = Kollektiv Frauen, die postoperativ Depressionen haben

B = Kollektiv Frauen ohne Depressionen postoperativ

		nein	leicht	schwer
Angst vor Operation	A	35,1	34,3	3o,7
	B	5o,7	31,4	17,9
Nervosität	A	19,7	46,o	34,3
	B	58,1	31,7	1o,3
Herzjagen	A	48,9	38,7	12,4
	B	75,1	19,9	5,o
Krebsangst	A	41,6	32,1	26,3
	B	63,3	22,9	13,8
Druckgefühl nach unten	A	39,4	36,5	24,1
	B	58,9	22,9	18,2
Dysmenorrhoe	A	43,8	27,o	29,2
	B	61,o	18,6	2o,2
Dyspareunie	A	56,2	3o,7	13,1
	B	78,9	15,5	5,6
Pruritus vaginae	A	66,4	24,1	9,5
	B	84,2	13,1	2,5
Pollakisurie	A	48,2	28,5	23,4
	B	64,2	16,4	19,4
Depressionen	A	27,o	48,9	24,1
	B	77,4	17,6	5,o

Aus allen angeführten items geht klar hervor, daß die depressive Patientin auch praeoperativ schon wesentlich höhere Werte erreicht als die nicht Depressive. Und zwar nicht nur, wie man vielleicht erwarten könnte, bei den psychischen items, sondern durchweg auch bei den Körperlichen. Hier verbessert sie sich zwar auch in der Symptomatik, ähnlich dem Restkollektiv, erreicht aber bei weitem nicht die Werte der Frauen ohne Depressionen. In der Indikation zur Operation ist dabei wohlgemerkt keine andere Häufigkeitsverteilung der Diagnose vorhanden.
Das Gegenteil ist der Fall beim Kollektiv Frauen mit Adnexektomie. Diese Gruppe verschlechtert sich ja ähnlich wie die der Depressiven in der Symptomatik, liegt aber praeoperativ durchweg besser als die Frauen ohne Adnexektomie.
Was die Werte der adnexektomierten Frauen postoperativ anbelangt, kann man wohl annehmen, daß die Hormonsubstitution nicht erfolgreich genug ist, um der Patientin eine seelisch stabilere, postoperative Zeit zu ermöglichen. Zu erwägen wäre hier, ob nicht eine besondere Nachbetreuung von seiten des Klinikpersonals oder später in Gruppen nützlich wäre. Wichtiger erscheint jedoch, das Erkennen von bestehenden psychischen Störungen durch Hinterfragung dieser Parameter praeoperativ und durch exakte Indikationsstellung . Offenbar gibt es hier Frauen, die eine gynäkologische Lösung für ein Problem suchen, das eigentlich im psychischen Bereich besteht.

Durch eine vor- oder gleichgeschaltete Therapie dieser Störungen, müßten sich dann die Ergebnisse einer Hysterektomie noch verbessern lassen.

Zusammenfassung

Anregung zur Untersuchung gab die Tatsache, daß in sehr geringem Umfang Angaben über subjektive Störungen der Frauen praeoperativ vorliegen. Weiter sollte überprüft werden, ob postoperativ tatsächlich Beschwerdefreiheit vorliegt, wie vom operativ tätigen Gynäkologen meist angenommen wird.

Von einem Kollektiv von 480 Frauen wurde retrospektiv ein durch Selbsteinschätzung gewonnenes Beschwerdebild vor der Hysterektomie mit jenem danach verglichen.

Methodisches Vorgehen:

1) Allen Frauen, die 1978 zur Hysterektomie in der Frauenklinik waren, wurde ein Fragebogen zugeschickt.

2) Die Ergebnisse wurden nach folgenden Gesichtspunkten ausgewertet:

   a) Gesamtkollektiv

   b) Trennung: vaginale / abdominale Hysterektomie

   c) Adnexektomie (beiderseits) / Adnexe belassen

   d) Depressionen postoperativ / keine Depressionen postoperativ

Ergebnisse:

1. Die rein somatischen Symptome besserten sich bei den Patientinnen aller Kollektive wesentlich.

2. Störungen, die praeoperativ als "stark / unerträglich" eingestuft wurden, besserten sich mehr als jene, die für "geringfügig" erachtet worden waren.

3. Frauen mit Adnexektomie und Patientinnen mit Depressionen postoperativ verzeichnen eine Zunahme der somatischen Beschwerden im Vergleich zum Restkollektiv.

4. Die adnexektomierten und praeoperativ de - pressiven Frauen erfahren eine wesentliche Verschlechterung ihrer psychischen Be - schwerden.

5. Psychische Symptome verschlechtern sich bei den Patientinnen aller Kollektive insge - samt leicht.

6. Die Zunahme der psychischen Störungen liegt hauptsächlich im Einschätzungsbereich "stark"; als "leicht" eingestufte Störungen bleiben weitgehend unbeeinflußt.

7. Frauen, die postoperativ mit Depressionen reagieren, fallen praeoperativ durch (subj.) wesentlich mehr und stärkere Beschwerden sowohl im seelischen wie auch im körper - lichen Bereich auf.

8. Bei den Patientinnen aller Kollektive bessert sich die Carcinophobie ganz wesentlich.

In Anbetracht der vorliegenden Ergebnisse sollte die Indikation zur Hysterektomie auf objektivierbare körperliche Befunde begrenzt bleiben und nicht bei schwer fassbaren und psychisch überlagerten Beschwerden oder Sterilisationswunsch gestellt werden.

Literaturverzeichnis

1) Ackner, B.: Emotional aspects of hysterectomy Adv. psychosom. Med. (Basel) I, 1960 S. 248-250

2) Barker, M.G.: Psychiatric illness after hysterectomy, Brit. Med. Journ. II 1968 S. 91-95

3) Bieren, R.C.: Indications for removal of a normal uterus, Amer. Journal of Obstet. 54, 1947 S.321-324

4) Cobb, S.: Postoperative psychoses, Medical Clinics of North America 1938, 22, S. 569-576

5) Dalton,K.: Discussion of the afterneath of hysterectomy and oophorectomy. Section of General Practice 50, 1957 S. 415-418

6) Drellich,M.G. Bieber,I : The psychological importance of the uterus and its functions. Journ. Nerv. Dis. 126, 1958 S. 322-336

7) Eicher, W. Herms, V. : Sexualverhalten nach Gynäkolog. Operationen und Carcinomtherapie. Sexualmed. 5, 1976 S. 861-865

8) Eicher, W.,Herms,V. Repschläger,L. : Sexualverhalten nach Gynäkol. Psychosomatik der Hysterektomie. Sexualmed. 4 , 1975 S. 351-356

9) Freud,S.: Hysterie und Angst Studienausgabe Fischer Bd.4 1971

10) Hollander, M.H.: Study of patients admitted to psychiatric hospitals. Amer.Journ.Obstet.Gynecol.79, 1960 S.498-503

11) Hassan,A.: Ten year review of hysterectomy. Amer. Journ. Gynecol. 134, 1979 S.431-437

12) Janis,L.: Psychological Stress, John Wiley and Sons Inc., New York 1958

13) Kirchhoff, A.: Immer öfter Uterus raus, was spricht dagegen, was dafür. Geburtsh. u. Frauenheilkd. 39 (1979) S. 282 -285

14) Lau, H.: Kassandra warnt vor dem Skalpell. Sexualmed.9 1980 S. 384

15) Levinson, C.J.: Hysterectomy complications. Clinical and Obstet.Gyn. 15 1972 S. 802-826

16) Lidz,M.,Ruth,W.: Women and her Womb. Connecticut Med. 74 , Vl.38 S. 559-561

17) Melody,G .F : Depressive reactions following hysterectomy. Amer. Journ. of Obstet. Gyn. 83, 1962 S. 410 - 413

18) Money, J.: The hormones in relation to sexual morphology and sexual desire. Journ. Nerv. Ment. Dis. 132, 1961 S.239-248

19) Munday, R.N. Cox,W. : Hysterectomy for benign Lesions. Med. Journ. Aust. 2, 1967 S. 759-763

20) Polivy, J.: Psychological reactions to hysterectomy. Amer. Journ. of Obstet. Gyn. 1974 S.417-426

21) Prill,H.J.: Psychosomatische Gynäkologie Urban und Schwarzenberg 1964

22) Richards,D.H.: Depression after hysterectomy. The Lancet 2, 1973 S.430 -433

23) Richards,D.H.: A post hysterectomy Syndrome. The Lancet 2, 1974 S.983- 985

24) Richter,K. Pieringer,W. Mayer,H.: Psychische Aspekte bei der Hysterektomie. Klin. Wochenschr.Wien 88, 1976 S.733-738

25) Roemer, H.: Gynäkologische Organneurosen Thieme 1953

26) Sievers, S. : Psych. und sexuelle Reaktionen nach Hysterektomie. Fortschritte der Medizin 17, 1977 S. 1146- 1147

27) Sloan, S.: Posthysterektomiesyndrom Sexualmed. 1979 S.311

28) Stewart, M.: The psychol. effects of hysterectomy. Canad. Psych. Review, Vol. 18, 1977 S.128- 141

29) Utian, W.: Effect of hysterectomy , oophorectomy and estrogen therapy on libido. Int. Journ. Obstet. Gyn. 13, 1975 S. 97 - 100

30) Wengraft,F.: Psychoneurotic symptoms past hyst. Amer. Journ. Obstet. Gyn. 52, 1946 S. 645-649

31) Wenderlein,J.M.: Was hat der IQ mit der Gynäk. zu tun? Sexualmed. 9 1980 S. 380- 381

32) Wolf) S. R.: Emotional reactions to hysterectomy. Post Graduate Medicine 47, 1970 S. 165 - 169

L e b e n s l a u f

Ich wurde am 2. Februar 1950 als Tochter von Dr. med. Philomena und Dr. med. August Schreiter in Tübingen geboren. Von 1956 bis 1960 besuchte ich die Grundschule in Neckartailfingen, anschließend bis 1963 das Gymnasium in Nürtingen. Die nächsten zweieinhalb Jahre besuchte ich ein französisches Gymnasium (College du Leman, Versoix) in der Schweiz, im folgenden Jahr ein englisches Gymnasium (Michael Hall, Forest Row). Danach kehrte ich zurück an das A. Schäffle Gymnasium, Nürtingen, an dem ich 1969 das Abitur ablegte. Es folgte das Studium der Psychologie in Tübingen mit der Diplom-Hauptprüfung als Abschluß, dann das Medizinstudium, das ich am 21. Oktober 1980 mit dem Staatsexamen beendet habe.